CENA 50 ZŁ

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 3 (XIV) Sierpień 1950 Nr 8



WYDAWCA POLSKI CZERWONY KRZYŻ

REDAKTOR: ANNA BIERNACKA

KOMITET REDAKCYJNY ŚCISŁY:

Belońska Jadwiga, Biernacka Anna, Blum-Bielicka Luba, dr Domańska Irena, dr Gosiewski Roman, prof. dr Kacprzak Marcin, Łyżwańska Nonna, Rauowa Janina, Suffczyńska Jadwiga.

TREŚĆ

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC: 1) objętość prac nadsyłanych do Redakcji nie powinna przekraczać 5 stron pisma maszynowego; rękopisy pisane jednostronnie, z odstępem 1-wierszowym, z marginesem 3 cm; 2) autor winien podać: swój tytuł, imię, nazwisko, adres oraz źródła, na których oparł pracę; 3) fotografie (na błyszczącym papierze) należy opatrzyć dokładnym opisem; 4) Redakcja zastrzega sobie prawo poprawek i skrótów, bez porozumienia z autorem.

CENA ZŁ 50

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 3 (XIV) Sierpień 1950 Nr 8

SPRAWA KOREI

SZYBKO potoczyły się wypadki na Korei, szybko opadła obłudna maska, kryjąca krwiożerczą zachłanność amerykańskiego imperializmu i równie szybko ogarnęła cały świat potężna fala oburzenia i protestów przeciw zbrodniczej polityce inspiratorów nowej rzezi — nowej wojny. Schowani pod maską obrońców pokoju i strażników porządku na świecie, wykorzystując bezprawnie parawan Rady Bezpieczeństwa i flagę ONZ, przeszli imperialistyczni podżegacze wojenni do aktów jawnej agresji, rozsnuwając dokoła swych ciemnych machinacji dymną zasłonę... „obrony pokoju".

Jednak wolne ludy świata i ludy dążące do wolności przejrzały podłe intencje prowokatorów i agresorów amerykańskich, od razu zorientowały się kto i dlaczego kryje się za „rządem" Li Syn Mana i jaką pieczeń chce upiec w ogniu płonącego świata.

MARIONETKA w ręku imperialistów amerykańskich, Li Syn Man rozpętał bratobójczą wojnę, pociągnięty za sznurek przez zniecierpliwionych podpalaczy świata, którzy nie mogli już dłużej patrzeć na pokojową odbudowę północnej części Korei, strząsającej z siebie ślady długoletniej okupacji i niewoli.

Podczas gdy w północnej Korei przeprowadzano reformę rolną, znacjonalizowano wielki przemysł, źródła energii i przystąpiono do przebudowy i rozbudowy gospodarczej — południe stawało się z dnia na dzień najzwyklejszą kolonią amerykańską, terenem eksploatacji i ucisku, zachowując średniowieczny ustrój feudalnego wyzysku przy pomocy 80-tysięcznej armii policjantów, uzbrojonych w amerykański sprzęt wojenny.

Że południowa część Korei była f a k t y c z n i e kolonią amerykańską świadczy systematyczne unicestwianie i tak niewielkiego przemysłu tej części kraju (z natury już przede wszystkim rolniczej), otóż produkcja stali w Korei południowej wynosiła w roku 1944 — 75.000 ton, w roku 1947 spadła do 8.072 ton, a w pierwszym kwartale roku 1950 Korea południowa nie wyprodukowała a n i j e d n e j t o n y s t a l i.

Amerykanie poświęcili Koreę na ofiarę „zimnej wojnie". Waszyngton zabronił Japonii utrzymywać stosunki handlowe z Chinami Ludowymi, chociaż Chiny są na-

turalnym dla Japonii dostawcą artykułów żywnościowych (głównie ryżu) i surowców, zaś gen. Mac Arthur wymógł na południowej Korei całkowite przestawienie jej gospodarki na produkcję rolną, aby żywić jak największą — ile tylko się da — liczbę Japończyków. Skutki takiej polityki okazały się oczywiście dla Korei południowej fatalne. Kraj posiadający olbrzymie pola ryżowe cierpiał straszliwy głód, bo nie miał... ryżu dla siebie.

Taką okrutną p o l i t y k ę g ł o d u umożliwiał ustrój feudalny, opierający się na wyzysku. Kraj ten był łupem najbardziej chciwych i najokrutniejszych właścicieli ziemskich, uciekających się do straszliwego terroru policyjnego dla utrzymania swego stanu posiadania — tych, którzy z przerażeniem patrzyli na sukcesy Korei północnej.

Uciskany lud marzył o połączeniu się z braćmi, oddzielonymi sztuczną — narzuconą siłą — granicą, by jako wolny, zjednoczony naród budować lepszą przyszłość w wolnej ojczyźnie.

Marionetkowy „rząd" Li Syn Mana gotował się do zajęcia siłą Korei północnej i zniszczenia znienawidzonej — przez siebie i swoich mocodawców — Ludowo-Demokratycznej Republiki Koreańskiej oraz zdławienia ruchu narodowo-wyzwoleńczego, przybierającego coraz bardziej na sile pomimo szalejącego terroru.

NIE dające się ukryć objawy narastającego kryzysu ustrojów kapitalistycznych, nieustanny wzrost wpływów i autorytetu Obozu Pokoju w całym świecie, nawet w krajach kapitalistycznych, potężny przybór ruchów wolnościowych w Azji, wspaniałe zwycięstwo Chin Ludowych i inne sukcesy narodów cierpiących dotychczas w jarzmie imperialistów — wszystko to spowodowało, że imperialiści postanowili porzucić na Dalekim Wschodzie system „zimnej wojny" i przejść do jawnej agresji.

Imperialiści i ich poplecznicy oczekiwali łatwych sukcesów. Przygotowali sobie przecież 100-tysięczną armię, doskonale uzbrojoną i znakomicie wyszkoloną przez „doradców" amerykańskich, mieli jeszcze armię zmilitaryzowanej policji, mieli atut zaskoczenia... I nagle — przykra niespodzianka! Ludowe wojska Republiki Koreańskiej odrzuciły napastników i przeszły do kontrofensywy.

Wojska południowo-koreańskie zostały pobite, potraciły cenny sprzęt i rozbiegły się w popłochu. Armia północno-koreańska zdobyła stolicę — Seul. Imperialistów spotkał gorzki zawód, widząc więc klęskę swoich najmitów odkryli swe właściwe oblicze: Truman nakazał zbrojną interwencję, wysłał amerykańskie jednostki morskie, siły lotnicze i lądowe przeciw bohaterskiemu ludowi koreańskiemu, broniącemu swej niezawisłości.

PODEJMUJĄC decyzję zbrojnej interwencji i agresji, Stany Zjednoczone pogwałciły cynicznie elementarne zasady Karty Narodów Zjednoczonych.

Jasne jest, że „decyzja" zdekompletowanej Rady Bezpieczeństwa jest n i e l e g a l n a, ponieważ w posiedzeniu Rady nie brał udziału ani delegat Związku Radzieckiego, ani przedstawiciel Chin Ludowych, ani przedstawiciel Korei.

Amerykańscy agresorzy, pod flagą ONZ bombardują bezbronne miasta, ludność cywilną, niszczą kraj i mordują patriotów, pragnących wolności, jedności i niepodległości. Bez zbrojnej interwencji imperialistów amerykańskich, ta sprowokowana przez imperialistów wojna dawnoby się już zakończyła, nastąpiłoby zjednoczenie sztucznie podzielonego kraju i naród uwolniłby się od znienawidzonego policyjnego reżimu zdrajcy Li Syn Mana.

ZBROJNY napad imperialistów amerykańskich na Koreę wywołał słuszne oburzenie całej demokratycznej opinii w świecie, bo konflikt w Korei jest wewnętrzną sprawą samych Koreańczyków i nikomu nie wolno się do nich wtrącać. Z całego świata płyną do Korei gorące zapewnienia o solidarności z bohaterskim narodem koreańskim, walczącym o wolność i niepodległość. Masy pracujące wołają:

— „Jesteśmy po stronie Korei"!
„Wycofać wojska amerykańskie z Korei!".
„RĘCE PRECZ OD KOREI!".

* * *

Dołączając swój głos do światowej opinii demokratycznej, lud polski wyraża głębokie przekonanie, że wysiłki patriotów koreańskich nie pójdą na marne.

Potężny głos „Ręce precz od Korei" jest ostrzeżeniem dla podżegaczy wojennych, że światowy obóz pokoju potrafi krzyżować ich zbrodnicze plany.

Dr ZYGMUNT BRANOWITZER
Naczelnik Wydziału Ministerstwa Zdrowia

SZKOLENIE MŁODSZYCH PIELĘGNIAREK

W ub. roku, decyzją Ministerstwa Zdrowia, zostały powołane Kursy Młodszych Pielęgniarek, których organizację i prowadzenie zlecono POLSKIEMU CZERWONEMU KRZYŻOWI.

Doświadczenie niespełna roku wykazało, jak słuszna była ta decyzja, zmierzająca do masowego kształcenia kadr pielęgniarskich na 6-miesięcznych kursach.

Doświadczenie bowiem zarówno Związku Radzieckiego jak i nasze własne uczy, że nie może być mowy o rzeczywistym podnoszeniu jakości usług bez zaspokojenia ogromnego głodu kadr, który ze specjalną siłą daje się odczuć w służbie zdrowia na odcinku pielęgniarskim.

W Polsce burżuazyjno-sanacyjnej wystarczało 6.500 pielęgniarek. Wystarczało, gdyż rządy burżuazyjne nie troszczyły się o zdrowie mas ludowych w ogóle, a o zdrowie dzieci, przyszłych obywateli państwa, w szczególności, gdyż istniejące bezrobocie dawało kapitalistom i obszarnikom dostateczne możliwości zdobywania rąk roboczych. Wystarczało, gdyż cechą ustroju kapitalistycznego nie jest troska o człowieka, lecz o maksymalny zysk drobnej garstki wyzyskiwaczy, dla których istniejąca liczba pracowników służby zdrowia była aż nadto dostateczna, a masy pracujące nie były w stanie korzystać z ich usług z powodu zbyt niskich zarobków, bezrobocia itd.

Sytuacja ta uległa radykalnej zmianie w Polsce Ludowej. Zmiana ta wystąpiła nie tylko dlatego, że Polska Ludowa nie zna bezrobocia, oraz że stopa życiowa mas pracujących uległa poprawie i stale wzrasta, ale przede wszystkim dlatego, że w państwie budującym socjalizm, podobnie jak w państwie socjalistycznym, troska o człowieka, o jego zdrowie i zabezpieczenie mu najlepszych warunków rozwojowych stoi na pierwszym miejscu. Stąd masowy rozwój całej sieci placówek profilaktycznych: żłobków, domów matki i dziecka, stąd wreszcie rozwój szpitalnictwa, sanatoriów, uzdrowisk, stąd troska o zabezpieczenie higienicznych warunków pracy, nauki, mieszkań itp.

Ten szeroki zakres pracy i zainteresowań służby zdrowia rodzi potrzebę nowych, licznych kadr, kadr przede wszystkim pielęgniar-

skich mających za zadanie zbliżenie opieki lekarskiej do chorego, objęcie opieką człowieka pracy i jego rodziny zarówno w zakładzie służby zdrowia, jak i w miejscu jego pracy i w domu.



Nauka o budowie człowieka jest trudna, dlatego po wykładzie lekarza, słuchaczki — jeżeli mają jakieś wątpliwości z dziedziny anatomii — zwracają się do instruktorki, która chętnie udziela wyjaśnień.

WAF

Służba Zdrowia musi tym zadaniom sprostać. Musi dostarczyć niezbędne kadry, w takim tempie w jakim rozwija się całe bujne życie naszego kraju.

Dwuletnie szkoły pielęgniarstwa, pomimo wzrostu ich liczby, nie są w stanie dostatecznie szybko zlikwidować dziedzictwo sanacyjnego zacofania na tym odcinku. Stąd zasadniczą rolę w produkcji kadr pielęgniarskich odgrywają 6-miesięczne Kursy Młodszych Pielęgniarek.

Program tych Kursów daje gwarancję należytego przeszkolenia w planie 6-letnim wielotysięcznej rzeszy pielęgniarek, które przy odpowiednim ich rozstawieniu i wykorzystaniu, niewątpliwie przyczynią się do rozwinięcia opieki pomocniczo-lekarskiej w skali nieznanej w Polsce przedwrześniowej i w innych krajach kapitalistycznych i dadzą podstawę do dalszego podnoszenia tej opieki przez podwyższenie kwalifikacji pielęgniarskich.

Kursy te zatem i ich absolwentki wymagają specjalnej troski i opieki całego aparatu służby zdrowia. Nie może istnieć województwo, w którym nie byłoby co najmniej dwu stale przez cały rok funkcjonujących Kursów Młodszych Pielęgniarek. Nie może istnieć Kurs,



Najbardziej pociągają słuchaczkę praktyczne zajęcia pielęgniarskie, jednak wymagają one dużej zręczności i delikatności ruchów.

WAF

na którym nie byłoby dostatecznej liczby (przynajmniej 50) uczennic.

Nie może wreszcie istnieć Kurs nie otoczony pełną opieką Wydziału Zdrowia, która winna wyrażać się przede wszystkim w pomo-



Wygodne, prawidłowe ułożenie ciężko chorego i zaufanie do starannej opieki przyczyniają się do szybkiego przywrócenia zdrowia.

WAF

cy udzielanej P. C. K. zarówno przy organizacji Kursu, jak i w umożliwieniu mu odpowiednich warunków nauczania teoretycznego i praktycznego przez przydzielanie oddziałów szkolnych w szpitalach o możliwie najlepszym zespole lekarskim i pielęgniarskim.

Kandydatki na kurs powinny być starannie dobrane, posiadać odpowiednie przygotowanie z zakresu 7 klas szkoły podstawowej, by sprostać obowiązującemu na Kursie programowi nauczania i nie powodować nadmiernego tzw. „odsiewu", który przynosi nie tylko straty materialne w sensie wydatków skarbowych, lecz i przyczynia się do niepełnego wykonania planu produkcyjnego danego Kursu.

Krótkie nasze doświadczenie uczy, że tam, gdzie te warunki Kursów zostają spełnione, absolwentki Kursu wychodzą dobrze przygotowane do wykonywania swych funkcji.

Ten niewątpliwy dorobek naszej służby zdrowia nie może być zmarnowany przez wadliwe rozstawienie młodych kadr i pozostawienie ich własnemu losowi. Nie wolno ani na chwilę zapominać, że absolwentka Kursu w chwili jego ukończenia nie jest przygotowana do zupełnie samodzielnej pracy, że powinna się ona w toku pracy zawodowej dalej doszkalać i dokształcać, aby zdobyć pełne kwalifikacje zawodowej pielęgniarki.

Stąd wniosek pierwszy: kadry te powinny być kierowane na placówki lepiej zorganizowane, gdzie są wprawdzie poważne braki ilościowe w kadrach, ale pracuje przynajmniej kilka pełnokwalifikowanych pielęgniarek.

Wniosek drugi: na każdej pielęgniarce, o pełnych kwalifikacjach zawodowych, spoczywać winien obowiązek dzielenia się swoimi wiadomościami i umiejętnościami ze swą młodszą zawodowo koleżanką, obowiązek prawdziwie koleżeńskiego stosunku i troski o to, aby absolwentka Kursu mogła w krótkim czasie zdobyć pełne umiejętności i kwalifikacje pielęgniarskie i mogła wspólnym wysiłkiem dźwignąć pielęgniarstwo na wyższy poziom, poziom odpowiadający wymogom socjalistycznej, a więc najdoskonalszej służby zdrowia.

Wreszcie wniosek trzeci: instytucje służby zdrowia, z inicjatywy i pod opieką Wydziału Zdrowia winny organizować systematyczne doszkalanie absolwentek tych Kursów w czasie ich pracy, mobilizując do tej pracy cały swój zespół lekarski i pielęgniarski.



Mycie głowy ciężko chorego pacjenta w łóżku nie jest wcale takie proste..

WAF

Jeszcze w roku bieżącym Ministerstwo Zdrowia opracuje program tego rodzaju Kursów Doszkalających, ułatwiając w ten sposób pracę Wydziałom Zdrowia i zakładom służby zdrowia. Szkodliwe byłoby jednak zaniedbywanie pracy doształcającej do czasu ukazania się tych programów, podobnie jak szkodliwe byłoby czekanie na kadry szkolnych absolwentek, zamiast przystąpić do masowego organizowania Kursów Młodszych Pielęgniarek.

Kursy Młodszych Pielęgniarek stanowią poważny krok naprzód na drodze podnoszenia poziomu pielęgniarstwa w naszym kraju. Oznaczają one likwidację dopływu do zakładów służby zdrowia na odcinek pielęgnowania chorych osób zupełnie nieprzygotowanych, jak to miało miejsce za rządów burżuazyjnych w Polsce. Organizacja tych kursów masowo szkolących Młodsze Pielęgniarki przybliża okres, w którym będzie można już przejść do szeroko rozwiniętego doszkalania specjalistycznego.

Z. Branowitzer

Dr BRONISŁAW KOSTKIEWICZ
Prezes Polskiego Czerwonego Krzyża

EPILEPSJA

EPILEPSJA jest to schorzenie nazywane przez lud czarną chorobą lub chorobą św. Walentego, a najwłaściwiej padaczką od bardzo charakterystycznego objawu, który występuje pod postacią drgawek u człowieka „rzuconego" nagle, jak „kłoda" o ziemię.

Choroba ta była znana już w starożytności, ponieważ Hipokrates w IV w. przed nową erą opisał dokładnie napad epileptyczny.

NIEZNANA ETIOLOGIA

Etiologia tej choroby do dzisiaj nie jest dostatecznie wyjaśniona. Nie tłumaczy dostatecznie jej powstawania ani dziedziczność, ani konstytucja, ani uszkodzenie w życiu płodowym przez kiłę lub alkoholizm rodziców, ani inne szkodliwe momenty. Jest to choroba stosunkowo częsta. Obliczono, iż 1—2 ludzi na 1.000 cierpi na nią. Częściej chorują mężczyźni niż kobiety. Spotyka się ją we wszystkich krajach, a największy procent przypada na te okolice, gdzie jest najwięcej alkoholików.

EPILEPSJI SIĘ NIE DZIEDZICZY

Różne były poglądy na samo zachorowanie, nie licząc zabobonów, bezkrytycznych wierzeń o opętaniu przez diabła, od naiwnych do coraz prawdopodobniejszych, w miarę rozwoju medycyny, poglądów na podstawie badań anatomo-patologicznych i mikroskopowych nad mózgiem, nad gruczołami o wydzielaniu wewnętrznym, nad sokami ustrojowymi, nad chemicznym składem organizmu, nad przemianą materii itp. W wyniku tych badań przyjęto, że choroba ta jest organicznym *schorzeniem mózgu* z konwulsyjno-drgawkową symptomatyką. Ponieważ spotyka się ją jednak w pewnych rodzinach i u jednojajowych bliźniaków, sądzą, iż jest ona chorobą dziedziczną. Tak jednak nie jest.

DYSPONUJĄ DO EPILEPSJI: ALKOHOLIZM I KIŁA RODZICÓW

W Szwecji, w Sztokholmie istnieje specjalny Instytut, w którym lekarze-specjaliści opracowali to zagadnienie. Stworzyli oni specjalną kartotekę, w której zebrali dane z całego kraju o rodzinach epileptyków, dane sięgające aż do najdalszych pokoleń. Na podstawie tych danych właśnie odrzucają oni dziedziczność epilepsji. Przeczy temu również fakt, że duży procent, bo aż 96—98, epileptyków miewa dzieci zdrowe. Często natomiast ojcowie epileptyków są alkoholikami. Bywa też i tak, że u dziecka poczętego w stanie pijanym pojawia się epilepsja. Dysponuje też do epilepsji przebyta kiła u rodziców.

PEWNE CECHY ROZPOZNAWCZE

Na uwagę zasługuje to, iż w rodzinach epileptyków spotyka się często migreny, moczenia nocne, lunatyzm, zaburzenia mowy, jak seplenienie, jąkanie, mańkuctwo, niedorozwoje umysłu lub anomalie charakteru — psychopatów, osobników drażliwych, egoistów, do przesady pedantycznych i nabożnych. W związku z tą ostatnią cechą epileptycy w starożytności łączyli się w kasty, zakładali sekty religijne, a ich obrzędy często kończyły się napadami, stanami pomrocznymi lub ekstazami i stąd właśnie pochodzi nazwa „świętej choroby" (morbus sacer).

Mówi się często o skłonności do epilepsji. Skłonność tę określa się na podstawie konstytucji, tj. budowy ciała i odmienności charakteru. Tak np. mówi się o skłonności do gruźlicy ludzi szczupłych, o wąskiej klatce piersiowej czyli o tzw. astenikach, co nie znaczy, że muszą oni koniecznie na gruźlicę zapaść.

Wśród epileptyków spotyka się zarówno osobników o budowie atletycznej, jak i tzw. dysplastyków, „przysadzistych", „krępych" osobników, o dużym mięsistym języku, z charakteru egoistów, bigotów, pedantów, lepkich, o przetrwałym afekcie itp. Nie znaczy to, że ci osobnicy, nazywani w medycynie „epileptoidami" muszą miewać napady epileptyczne. Raczej — sądząc z doświadczenia — dopiero napady zmieniają charakter i całą psychikę.

Konstytucja oraz wymienione rysy charakteru i umysłu mają pewne znaczenie rozpoznawcze. Jeśli lekarz nie widzi napadu, tylko mówią mu o nim, a ma przed sobą osobnika o wspomnianym typie fizycznym i psychicznym, to ustalając rozpoznanie, powinien myśleć o epilepsji.

EPILEPSJA SAMOISTNA — BEZ ZMIAN W MÓZGU, EPILEPSJA OBJAWOWA — ZMIANY W MÓZGU

Epilepsja pojawia się najczęściej w młodym wieku, choć także może być późna, sprowokowana np. przez sklerozę lub alkohol.

Epilepsja dzieli się z grubsza na samoistną i objawową. Tam, gdzie nie znajdujemy badaniem klinicznym żadnej przyczyny, mogącej powodować zmiany w mózgu wywołujące napad, mówimy o epilepsji samoistnej. Tam zaś, gdzie te zmiany znamy — mówimy o epilepsji objawowej. Różnica leży w tym, że w *epilepsji objawowej napad często nie bywa poprzedzany utratą przytomności,* co w epilepsji samoistnej z reguły musi mieć miejsce.

Epilepsja objawowa może wystąpić pod wpływem alkoholu lub innych trucizn, także przy syfilisie, nowotworach i miażdżycy tętnic mózgu oraz przy urazach i wszelkiego rodzaju uszkodzeniach czaszki i mózgu.

Jak z tego wynika, istnieje szereg przyczyn szkodliwie działających na mózg, które mogą wywoływać napady drgawek. Utrudnia to rozpoznanie padaczki np. u dzieci w chorobach zakaźnych, przy wysokiej temperaturze lub przy glistach, ponieważ na skutek toksyn, tj. jadu wydzielanego przez glisty, bywa podrażniony mózg, co wywołuje napady drgawkowe podobne do epilepsji.

DUŻA SKALA NASILENIA CHOROBY

Należy zaznaczyć, iż istnieją osobnicy, którzy mają w sobie tzw. „pogotowie drgawkowe“, a tzw. „próg pobudliwości“ do drgawek jest różny i indywidualny.

Weźmy jako przykład alkohol, truciznę bezspornie działającą szkodliwie na mózg. Wiemy, że dużo jest niestety pijaków, jednak nie wszyscy z nich cierpią na padaczkę alkoholową.

Podobnie jest z epileptykami. Nie wszyscy tzw. z racji konstytucji i charakteru „epileptoidzi“ mają napady, a jeśli już je mają, to napady te wcale nie są jednakowe.

Skala nasilenia choroby jest bardzo duża, od namiastek epilepsji tzw. ekwiwalentów, tj. bardzo lekkich stanów w formie zawrotów głowy na „mgnienie oka“, z których nieraz chorzy przez całe życie nie zdają sobie nawet sprawy, poprzez napady tzw. „petit mal“ lub duże, które mogą być poprzedzane tzw. „aurą“, tj. zwiastunami choroby, a kończyć się stanami pomrocznymi, dochodzimy aż do psychoz epileptycznych, które już zmuszają do izolacji chorego w szpitalu psychiatrycznym jako osobnika niebezpiecznego dla otoczenia.

Cierpienie to jest tym poważniejsze, że każdy napad epileptyczny mobilizuje w organiźmie gotowość do następnych napadów drgawek, to tzw. właśnie „pogotowie drgawkowe“.

ATAKI CHOROBY KSZTAŁTUJĄ CHARAKTER

Również od częstości napadów i ich nasilenia zależy ogólny stan chorego, bowiem silne i często po sobie następujące ataki epileptyczne wpływają na zmianę umysłu i charakteru, co odbija się na ich uwadze, która się zmniejsza, myśleniu, które staje się rozwlekłe, a nadto zwęża się krąg zainteresowań, co prowadzi nieraz do otępienia umysłu.

Epilepsja specjalnie odbija się na charakterze chorych, czyniąc ich egoistami, bigotami, lepkimi, z tzw. przetrwałym afektem. Odnosić się to może zarówno do uczuć dodatnich, jak miłość i przywiązanie, jak i do ujemnych. U epileptyka obraza nie blednie z upływem czasu, a przeciwnie „złość wzbiera“ w nim w miarę oddalania się od bodźca obrazy.

W daleko posuniętych zmianach osobowości epileptyków łączy się w ich charakterze *ckliwość* z *brutalnością.* Jedna z klinik notuje wypadek, gdzie epileptyk zabił w złości żonę, a potem z litości dwoje swoich dzieci. Na sądzie tak się mniej więcej tłumaczył: „zobaczył ja w kołysce dwie sierotki i pomyślał, co wy biedne zrobicie bez mateczki na świecie, — tak wziął za nóżki i stuknął główkami o ziemię“.

Przedstawiając cały wachlarz zmian i spustoszeń, jakie epilepsja może poczynić w psychice osobnika dotkniętego tą chorobą, należy

wyraźnie podkreślić, że *nie ma tu utartej reguły.*

LEKKIE ZABURZENIA PSYCHIKI

Nie zawsze epilepsja musi doprowadzić do otępienia itd. Są znane dobrotliwe formy np. tzw. epilepsja psychiczna, gdzie cierpiący na nią osobnicy zachowują żywy, a nawet twórczy umysł.

Mamy na to szereg przykładów z historii, literatury, sztuki, gdzie genialni ludzie mieli wyraźną padaczkową konstytucję, a nawet cierpieli na epilepsję. Wymienię tylko Sokratesa, Piusa IX, Napoleona I, Dostojewskiego i Matejkę.

Jak już wspomniałem mamy wiele form epilepsji. Może ona objawiać się tylko epizodycznymi zaburzeniami psychiki, tylko zmianami w samym nastroju, lub innymi zmianami osobowości zupełnie bez napadów.

DUŻY NAPAD

Za klasyczny epizodyczny objaw epilepsji przyjmuje się tzw. „duży napad" (grand mal), który znany jest z obserwacji bardzo szeroko. Duży napad trwa od kilku sekund do kilku minut. Wywiera on na otoczeniu zawsze wielkie wrażenie, stąd mówiąc o tym napadzie często przesadza się czas trwania. Nieraz słyszymy od laika, że „atak trwał może pół godziny". Jest to niesłuszne, ponieważ poczucie czasu zatraca się i zwiększa pod wpływem grozy, jaką wśród otoczenia budzi napad epileptyczny.

Należy pamiętać, że gdyby napad trwał rzeczywiście pół godziny, to nie będzie on na pewno napadem epileptycznym, lecz raczej histerycznym, robionym na pokaz, bowiem histerię słusznie określono jako „wielką aktorkę" wszystkich chorób.

Duży napad epileptyczny może poprzedzać tzw. „aura", czyli „zwiastuny choroby". Są to nieprzyjemne uczucia, które nawiedzają chorego, a w zależności od podrażnionych zmysłów występują pod różnymi formami. Przed napadem chorzy mogą widzieć ogień, krew, najczęściej widzą kolor czerwony, mogą czuć różne zapachy, powiewy na skórze lub muskania, mogą doznawać lęku itp. Te złudzenia, halucynacje, strachy i inne sensacje nie zawsze muszą występować. Ta przykra „aura" jest jednak do pewnego stopnia dla chorego dobrodziejstwem, bo może on mieć jeszcze czas na to, aby uprzedzić otoczenie o zbliżającym się napadzie lub samemu poszukać sobie łóżka lub jakiegoś odpowiedniego miejsca i położyć się, a tym samym uchronić siebie od urazu, a nieraz i od śmierci.

Duży napad cechuje nagła utrata przytomności.

Po zwiastunach lub bez nich chory „jak kłoda" pada na ziemię i wtedy zjawiają się skurcze, najpierw toniczne całego ciała, potem drobne, kloniczne. Twarz blednie, wargi sinieją (stąd nazwa „czarnej choroby"), często chorzy charczą, a z zaciśniętych ust wydobywa się pienista ślina, często zmieszana z krwią od przegryzionego zębami języka. Czasami w napadzie chory oddaje bezwiednie mocz, a nawet kał.

Po drgawkach chory uspokaja się, bądź to zasypia, bądź też z westchnieniem budzi się niezorientowany, zamroczony, ogłuszony nie zdając sobie sprawy z tego, co się z nim przed chwilą działo.

W czasie ataku, w mózgu w pierwszej chwili następuje niedokrwienie — anemia, następnie ostry obrzęk, a pod koniec napadu przekrwienie. W czasie napadu możemy mieć szereg zmian neurologicznych, jak np. „sztywność źrenic", lub tzw. objaw Babińskiego, polegający na tym, że przy drażnieniu przez pocieranie twardym przedmiotem podeszwy paluch unosi się ku górze. Objawy te może zbadać lekarz, a ten ostatni objaw jest o tyle ważny dla rozpoznania, że jeśli wystąpił w czasie napadu, to może utrzymać się przez czas dłuższy po napadzie.

Powyżej opisany został duży napad epileptyczny.

Należy jeszcze raz podkreślić, że napady mogą przebiegać pod różnymi postaciami i z różną siłą.

POMOC CHOREMU PRZY NAPADZIE

Przede wszystkim obowiązuje w takim wypadku kardynalna zasada: chorego należy *chronić od uszkodzeń.* Położyć szybko (przynajmniej pod głowę) coś miękkiego, zwinięty

koc, palto lub poduszkę. Rozpiąć kołnierz koszuli, a u kobiet napierśnik. Jeśli się zdąży, to można między zęby włożyć zwiniętą chusteczkę, aby uchronić język lub wargi od przygryzienia. Nie wkładać chusteczki głęboko, aby nie wepchnąć języka do krtani. Jeśli zęby są już zaciśnięte, nie rozwierać ich siłą żadnymi narzędziami, aby nie złamać zębów lub szczęki. Do tego czynu zmusza ostateczność, jeśli chory się dławi własnym językiem lub kęsem strawy, co może mieć miejsce, gdy napad występuje w czasie jedzenia na skutek zaburzeń w sokach ustrojowych. Utarło się wśród ludzi mniemanie, że wetknięty do ręki epileptykowi metalowy przedmiot może przerwać napad. Jest to nonsens. Często choremu wkładają klucze, a nawet ostre narzędzia jak scyzoryki, co może się stać wręcz niebezpieczne. Nie mamy przecież pewności, że chory po napadzie uspokoi się i uśnie, a może się zdarzyć, że po napadzie wystąpi ciężki stan pomroczny z napadem szału, w czasie którego nieszczęśliwy chory pod wpływem halucynacji może rzucić się na otoczenie i poranić ludzi i siebie właśnie wetkniętym mu przedmiotem.

Po zabezpieczeniu chorego od wypadku najlepiej zostawić go w spokoju.

MASOWE NAPADY

Bywa też tak, iż czasami u chorych z daleko posuniętą epilepsją występują masowo napady jeden po drugim. Jest to tzw. „status epilepticus“, który może skończyć się śmiertelnie na skutek porażenia ważnych centrów w mózgu, np. ośrodka oddechowego. W tym wypadku musi interweniować lekarz, który zrobi choremu zastrzyk uspokajający lub zaordynuje specjalną klizmę przez oczyszczoną uprzednio odbytnicę, albo nawet mały zabieg chirurgiczny — punkcję — nakłucie lędźwiowe — i upuści nieco płynu mózgowo-rdzeniowego i w ten sposób poprawi albo nawet usunie ten niebezpieczny stan.

OGÓLNE LECZENIE EPILEPSJI

Jeśli chodzi o ogólne leczenie epilepsji, to najważniejszą rzeczą jest takie stosowanie odpowiednich leków, aby znaleźć tzw. „próg pobudliwości drgawkowej“ i doprowadzić do tego, aby uzyskać jak najdłuższe przerwy między napadami, a same napady jak najlżejsze. Wymaga to pewnego czasu i obserwacji lekarza-specjalisty.

Najklasyczniejszymi środkami są preparaty barbiturowe (np. luminal) i brom, które należy umiejętnie dawkować. Należy ściśle przestrzegać przepisu lekarza. Nie wolno np. raptownie przerwać podawania lekarstw, bo właśnie nagłe odjęcie danego lekarstwa może wywołać napad.

W Związku Radzieckim stosuje się nowy środek „dilantinę“, kombinując podawanie tego środka z wymienionymi wyżej lekami. Metodą tą osiągnięto dobre wyniki.

W Polsce od czasu wojny był szeroko stosowany preparat „hydantol“ sam lub w kombinacji z luminalem. Wybór środka jest indywidualny, zależy od reakcji pacjenta. Nie ma różnicy w leczeniu starszych i dzieci, tylko u dzieci stosuje się mniejsze dawki.

STAŁA OPIEKA

W czasie leczenia ważny jest odpowiedni tryb życia. Dieta ograniczająca lub pozbawiona soli. Potrawy ostre, kwaśne, czarna kawa, a zwłaszcza alkohol winny być zakazane na całe życie. Należy unikać przeładowania żołądka, wzruszeń, irytacji, przemęczenia.

Rozumie się, iż należy nad chorym roztoczyć stałą opiekę, ponieważ tracąc w czasie napadu przytomność w każdej chwili może on być narażony na nieszczęśliwy wypadek, np. może się utopić lub oparzyć w czasie kąpieli itp. Należy obserwować chorych w nocy, zwłaszcza w okresie, kiedy zaczynamy podejrzewać epilepsję. W czasie snu bowiem może nastąpić napad i sam chory nie będzie o nim wiedział, chyba że zanieczyści się lub dnia następnego po przebudzeniu będzie go bolał przygryziony język lub zauważy siniec. Łóżko epileptyka powinno być głębokie, niskie i z wyłożonymi miękko bokami.

PRACA EPILEPTYKÓW

Dla dorosłych należy wybrać taki zawód, który by nie był połączony z niebezpieczeństwem życia dla samego chorego lub z jego powodu dla innych ludzi. Należy wykluczyć takie zawody jak szofera, maszynisty, kominiarza, nauczyciela, lekarza, pielęgniarki itd. Najodpowiedniejsze zajęcia: to ogrodnictwo lub praca biurowa.

ROKOWANIE

Rokowanie co do przyszłości z chwilą rozpoznania epilepsji jest bardzo trudne. Zdarza się, że w epilepsji słabo leczonej, a nawet nie leczonej samorzutnie dojdzie do zmniejszenia napadów w sile i częstości, a na odwrót nieraz leczenie bardzo skrupulatne nie zapobiegnie nasileniu choroby. Należy jednak pamiętać, że im wcześniej występują napady, im są one częstsze, tym gorsze rokowanie.

Niektórzy autorzy twierdzą, że nie należy odnosić się zbyt pesymistycznie do możliwości wyleczenia epilepsji. Przy odpowiednim leczeniu, dużej cierpliwości otoczenia i dobrych warunkach można nawet stany chorobowe usunąć zupełnie.

Epilepsja ma jeszcze jeden aspekt, a mianowicie sądowo-lekarski. Z racji zmian charakteru epileptycy popadają w konflikt z otoczeniem i kodeksem karnym. Za czyny popełnione w czasie napadu, stanu pomrocznego, lub psychozy chorzy nie odpowiadają. Dla tych chorych jako niebezpiecznych dla otoczenia istnieje prawo zatrzymania w zamkniętym szpitalu psychiatrycznym. Częściej jednak epileptycy są przedmiotem jak podmiotem zbrodni.

Dzisiaj w dobie budowy podstaw socjalizmu, dzięki nowym lepszym warunkom społeczno-gospodarczym, a tym samym sanitarno-higienicznym, poprzez walkę z plagą alkoholizmu, z chorobami wenerycznymi, poprzez oświatę sanitarną, poprawiając warunki bytu szerokich warstw społeczeństwa — dojdziemy i na odcinku epilepsji do znacznej poprawy przez zmniejszenie liczby zachorowań.

B. Kostkiewicz

Dr WACŁAW LIETZ

OCHRONA ZDROWIA W ZWIĄZKU RADZIECKIM

Zanim robotnicy i chłopi przejęli władzę na terytorium byłego imperium carskiego, jeszcze na długo przed zwycięską Rewolucją Październikową, już Partia Bolszewików, kierowana przez Wielkiego Lenina włączyła do swego programu społeczno-politycznego zasadę g r u n t o w n e j p r z e b u d o w y s y s t e m u o c h r o n y z d r o w i a l u d n o ś c i, wiążąc ten problem ściśle z całkowitą przebudową ustroju społecznego w oparciu o zasady socjalizmu.

Podstawą ochrony zdrowia ludności, w programie WKP(b), miała być p r o f i l a k t y k a — zapobieganie szerzeniu się chorób, poprawa warunków pracy i bytu ludności oraz wprowadzenie ubezpieczeń społecznych.

I chociaż w okresie Rewolucji i zaraz po niej dużo było spraw i zagadnień niesłychanie pilnych, naglących i ważnych, to jednak Partia bynajmniej nie traciła z oczu doniosłości wprowadzenia w życie swojego programu ochrony zdrowia ludności. W styczniu 1918 roku Lenin podpisał dekret powołujący do życia *Radę Lekarskich Kolegiów* — integralny człon rządu robotniczo-chłopskiego dla spraw zdrowia publicznego, co stanowi, po raz pierwszy w świecie, wprowadzenie zasady ingerencji państwa w sprawy ochrony zdrowia szerokich mas ludności. Punkt 3 tego dekretu mówi o zapewnieniu ludności *bezpłatnej, kwalifikowanej* pomocy lekarskiej. Ówczesne Kolegium Lekarskie rozrosło się później do potężnej instytucji — *Ministerstwa Zdrowia ZSRR.*

W roku 1919 VIII Zjazd WKP(b) wysunął następujące dyrektywy: „WKP stawia sobie za najbliższe zadanie:

1) decydujące zrealizowanie rozległych zarządzeń sanitarnych dla dobra mas pracujących, przez a) uzdrowienie skupień ludzkich — miejscowości zamieszkałych (ochrona gle-

by, wody i powietrza), b) oparcie odżywiania społecznego na podstawach naukowo-higienicznych, c) zorganizowanie środków, mających zapobiec rozwojowi i rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych, d) stworzenie prawodawstwa sanitarnego;

2) walkę z chorobami społecznymi (gruźlica, choroby weneryczne, alkoholizm itp.);

3) zapewnienie powszechnej, bezpłatnej i wykwalifikowanej pomocy lekarskiej".

Jak olbrzymie było zadanie, które partia Lenina postawiła sobie w zakresie ochrony zdrowia najszerszych mas ludności, można sobie uzmysłowić dopiero po uwzględnieniu fatalnego stanu sanitarnego Rosji carskiej i wyniszczenia kraju przez wojnę domową oraz wojnę z interwentami. Rozpanoszone epidemie — dur plamisty, dur powrotny, cholera, grypa, głód, brak mydła i odzieży, wszędzie niedostateczne zaopatrzenie w wodę, zniszczone łaźnie i kanalizacje, a nadto dotkliwy brak wyszkolonego personelu i sprzętu. Sytuacja niemal rozpaczliwa! Mimo to rząd robotniczo-chłopski nie uląkł się ogromu przeciwieństw i, pod kierownictwem Partii, z rewolucyjnym rozmachem przystąpił do zwalczania piętrzących się trudności. Wydano dekrety: o sanitarnej ochronie mieszkań, o zaopatrzeniu ludności w łaźnie, o sposobach walki z durem plamistym i powrotnym, o zarządzeniach mających na celu poprawę zaopatrzenia w wodę, o kanalizacji i asenizacji, o obowiązkowych szczepieniach ospy itd. Uruchomiono kolumny i pociągi dezynfekcyjne, zaopatrzone w łaźnie i pralnie. Rozbudowano szeroko oświatę sanitarną — referaty, pogadanki, plakaty, broszury, ulotki na temat ochrony zdrowia.

Młode państwo radzieckie dało sobie radę z najcięższymi przeciwieństwami — głodem, kontrrewolucją, sabotażem, niedostatkiem — odbudowało zniszczoną gospodarkę narodową i po blisko 20 latach (1936) wytężonej pracy całego społeczeństwa osiągnięto zwycięski cel. Wtedy, w poczuciu dokonania wielkiego dzieła, mógł Józef STALIN odczytać wobec delegatów Rady Najwyższej ZSRR nową konstytucję, której artykuł 120 brzmi:

„Obywatele ZSRR mają prawo do materialnego zabezpieczenia na starość, jak również na wypadek choroby i utraty zdolności do pracy. Prawo to zabezpieczają: szeroki rozwój ubezpieczenia społecznego robotników i pracowników na koszt państwa, bezpłatna pomoc lekarska dla mas pracujących, oddanie do użytku mas pracujących rozległej sieci uzdrowisk".

Do tego czasu radziecka służba zdrowia rozrosła się już dostatecznie i artykuł 120 Konstytucji Stalinowskiej nie pozostał bynajmniej martwą literą, lecz w całej rozciągłości wszedł w życie, by dać dowód jak najśmielsze nadzieje ludu pracującego realizują się w warunkach kwitnącego socjalizmu.

Związek Radziecki stworzył *najszerszy i najdoskonalszy w świecie system ochrony zdrowia ludności,* system zupełnie nowy, oparty na zasadzie, że państwo samo organizuje lekarską pomoc dla całej ludności, system możliwy tylko w kraju socjalizmu, w którym ochrona zdrowia ludności jest nieodłączną składową ustroju państwowego.

Aby pokryć olbrzymie terytorium Związku Radzieckiego siecią placówek leczniczo-profilaktycznych, które byłyby w stanie zaspokoić potrzeby ludności, trzeba było przygotować odpowiednie kadry — tysiące lekarzy, pielęgniarek, felczerów i akuszerek. Rząd radziecki nie szczędził wysiłków i kosztów, powstawały więc, jedne za drugimi, wyższe uczelnie lekarskie — Instytuty Medyczne, szkoły felczersko-akuszeryjne, szkoły pielęgniastwa, szkoły piastunek itp.

O szybkości rozwoju radzieckiej służby zdrowia niech świadczą następujące liczby:

podczas gdy w roku 1913 na całym terytorium Rosji carskiej istniało 175.690 łóżek szpitalnych, to w roku 1928 szpitale posiadały już 246.525 łóżek (trzeba tu uwzględnić znaczne obniżenie liczby łóżek szpitalnych w okresie wojny 1914—1918), a w roku 1941 — 660.000;

liczba lekarzy z 19.785 w roku 1913 powiększyła się do 130.000 w roku 1941;

zamiast 13 wydziałów lekarskich, jakie istniały przy uniwersytetach carskich, Związek Radziecki posiada obecnie 74 instytuty medyczne, które wypuszczają rocznie około 20.000 lekarzy.

Radziecka ochrona zdrowia rozwinęła się równolegle z socjalistyczną przebudową kraju, tj. z rozbudową przemysłu w miastach i tworzeniem nowych ośrodków fabrycznych oraz z kolektywizacją gospodarki rolnej, która zupełnie zmieniła oblicze zaniedbanej niegdyś wsi rosyjskiej, przekształcając ją w zelektryfikowane, zamożne kołchozy.

OCHRONA ZDROWIA W MIASTACH

Akcja ochrony zdrowia w miastach koncentruje się w Głównym Miejskim Urzędzie Zdrowia, któremu podlegają miejskie rejonowe wydziały zdrowia, ponieważ większe miasta podzielone są na rejony. Każdy rejon miejski posiada własne szpitale, polikliniki, ambulatoria, poradnie itp.

Ambulatoria i polikliniki, z których *bezpłatnie* korzystają *wszyscy* potrzebujący pomocy lekarskiej, wyposażone są w gabinety rentgenologiczne, gabinety fizykoterapeutyczne i laboratoria analityczne.



Dzieci w przedszkolu. Pożyteczna zabawa — „gotowanie obiadu".

W każdym ambulatorium przyjmuje lekarz chorób wewnętrznych, chirurg, akuszer-ginekolog i lekarz-dentysta. W poliklinikach rejonowych — obok lekarzy takich jak w ambulatorium — urzędują lekarze innych również specjalności, jak okulista, laryngolog, neurolog, ftizjolog (specjalista w gruźlicy) itd.

Każda rejonowa poliklinika obsługuje określony odcinek miasta, który z kolei podzielony jest na obwody lecznicze. Na czele służby zdrowia obwodu stoi lekarz chorób wewnętrznych, który poza tym przyjmuje chorych w poliklinice i na wezwanie odwiedza pacjentów w domach.

Z lekarzem obwodowym współpracuje pielęgniarka obwodowa. Obwód prowadzi dokładną ewidencję wszystkich dorosłych zamieszkujących na danym terenie, co pozwala lekarzowi obwodu znać stan zdrowia „swoich" mieszkańców, ponieważ ma pod opieką ludzi cierpiących na gruźlicę, przewlekle chorych, słabowitych, chorych na zimnicę itd. Lekarz obwodu, w razie potrzeby kieruje chorego do badania rentgenowskiego, do laboratorium analitycznego, do specjalistów, do sanatorium, do szpitala, krótko mówiąc — gdzie trzeba. Jeśli na terenie jakiegoś obwodu zdarzy się przypadek choroby zakaźnej, lekarz obwodowy zarządza izolowanie chorego, dezynfekcję mieszkania i bierze pod obserwację wszystkich, którzy się z chorym w ostatnim czasie stykali, aby — stosując te niezbędne środki ostrożności — zapobiec szerzeniu się danej choroby zakaźnej.

Wielką pomocą w pracy lekarza obwodu jest tzw. a k t y w s a n i t a r n y, złożony z uświadomionych mieszkańców — c z ł o n k ó w C z e r w o n e g o K r z y ż a, młodzieży szkolnej, gospodyń domu, który pod kierunkiem lekarza i pielęgniarki troszczy się o czystość miejsc publicznych, o sprzątanie ulic i podwórek, higienę mieszkań, a nadto w razie zachorowania któregoś z mieszkańców opiekuje się nim, zawiadamia poliklinikę i wzywa lekarza.

Aktyw sanitarny pomaga lekarzowi obwodu przeprowadzać szczepienia ochronne, szerzyć oświatę sanitarną, mobilizować słuchaczy na pogadanki i odczyty z dziedziny higieny i ochrony zdrowia.

Ostatnio, ażeby usprawnić pomoc lekarską, czyni się *próby łączenia poliklinik i szpitali we wspólne instytucje lecznicze,* pozostające pod jednym kierownictwem. Daje to możność temu samemu lekarzowi obserwować chorego zarówno na początku choroby, jak i później w szpitalu, gdy schorzenie już się rozwinęło. Dzięki tej nowej organizacji lekarze ambulatoryjni, oderwani dotąd od szpitala, zyskują możność doskonalenia swych kwalifikacji zawodowych.

Przychodnie przeciwgruźlicze mają za zadanie nie tylko leczyć chorych, lecz także opiekować się chorym w jego warunkach domo-

wych, udzielać rad, dotyczących trybu życia i postępowania, aby z jednej strony przyśpieszyć wyleczenie, a z drugiej — ochronić rodzinę i otoczenie chorego przed zachorowaniem.

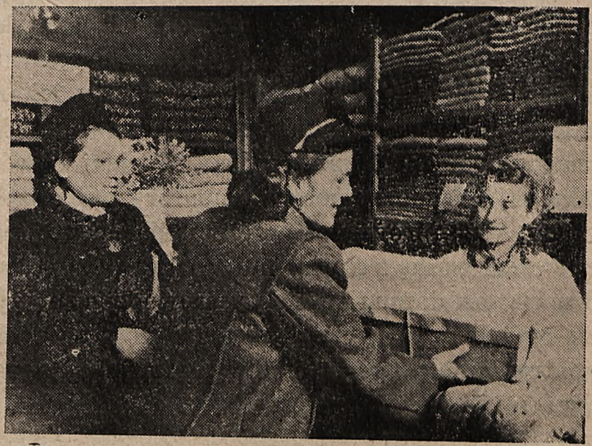
Przychodnia pomaga choremu w zmianie warunków w domu i miejscu pracy. Dla skutecznej walki z gruźlicą trzeba nieraz przenieść zagrożonego w inne środowisko, w lepsze warunki bytowania. Problem ten rozwiązuje sieć sanatoriów: dziennych dla dzieci i nocnych — dla dorosłych. Sanatoria nocne przeznaczone są dla ludzi skłonnych do gruźlicy, ozdrowieńców po ciężkich operacjach, długotrwałych chorobach, wyczerpanych, niedokrwistych itp. Ludzie ci pracują w ciągu dnia w swoich zakładach, po pracy przychodzą do nocnego sanatorium, gdzie otrzymują smaczne i pożywne jedzenie, a potem odpoczywają w dobrych warunkach higienicznych.

Opierając się na ustawie o organizacji pracy dla chorych na gruźlicę, przychodnie wspólnie z zarządami fabryk i komitetami fabrycznymi organizują kursy dla przeszkolenia chorych na gruźlicę w innym fachu, bardziej odpowiednim dla ich stanu zdrowia, powodują przeniesienie osób zagrożonych gruźlicą ze zmiany nocnej na dzienną lub do innej pracy.

Dużą rolę w organizacji ochrony zdrowia ludności miejskiej grają tzw. punkty zdrowia przy wszystkich zakładach przemysłowych. Punkty zdrowia, kierowane przez lekarzy lub pielęgniarki, mają za zadanie nieść pomoc w nieszczęśliwych wypadkach przy pracy i w nagłych zachorowaniach. Punkty zdrowia są dobrze wyposażone w konieczny sprzęt i instrumenty, a personel ich jest specjalnie wyszkolony. Personel punktu zdrowia systematycznie przeprowadza inspekcję oddziałów fabrycznych, bada warunki sanitarno-higieniczne, kontroluje urządzenia mające zapobiec wypadkom przy pracy, sprawdza stan sanitarny stołówek, internatów robotniczych i bufetów.

W miarę rozwoju przemysłu, niektóre zakłady tak się rozrosły, że punkty zdrowia nie mogły już podołać swej pracy, dlatego też w fabrykach liczących ponad 5.000 robotników utworzono ambulatoria zamknięte, a w zakładach liczących ponad 10.000 robotników — polikliniki, zorganizowane na wzór poliklinik i ambulatoriów rejonowych (miejskich).

Obok instytucji leczniczo-profilaktycznych podległych bezpośrednio Ministerstwu Ochrony Zdrowia ZSRR, istnieje cały szereg szpitali, sanatoriów, poliklinik, przychodni i domów porodowych należących do Ministerstwa Sił Zbrojnych, Komunikacji, Spraw Wewnętrznych oraz domy wypoczynkowe i sanatoria, organizowane przez poszczególne związki zawodowe.



Każda matka otrzymuje wyprawkę dla swego niemowlęcia.

OCHRONA ZDROWIA NA WSI

System gospodarstw kolektywnych podniósł wysoko poziom życia mieszkańców wsi radzieckiej. Wzrosła oświata i bogactwo, a za nimi poprawił się stan sanitarny osiedli i zdrowie chłopów. Opiekę zdrowotną na wsi zapewniają tzw. wiejskie obwody lekarskie, mieszczące się z reguły w miasteczku lub dużej wsi i mające pod swą opieką po kilka lub kilkanaście wiejskich punktów lekarskich, rozmieszczonych po mniejszych wsiach. Personel wiejskiego punktu lekarskiego składa się z lekarza, felczera, położnej i pielęgniarki.

Wiele wsi posiada własne szpitale, apteki, tzw. „punkty przeciwgruźlicze", domy porodowe, „punkty przeciwjaglicze", przeciwzimnicze, felczersko-akuszeryjne itp. W roku 1946 ogółem tych różnorodnych „punktów" było na wsiach radzieckich 45.324.

Zadaniem „punktu" jest udzielanie fachowej pomocy w nagłych wypadkach, opieka nad matką i dzieckiem, wykrywanie i leczenie chorób zakaźnych, prowadzenie fizjologicznego porodu. Przy każdym punkcie mieści się mały

szpitalik, przeciętnie na 12—15 łóżek położniczych i zakaźnych. Przypadki trudniejsze lub wątpliwe, wymagające interwencji bardziej doświadczonych lekarzy kieruje się do wiejskich lub miejskich szpitali.

Wszystkie wyżej wspomniane punkty pozostają pod kierownictwem wiejskiego obwodu lekarskiego. Lekarz obwodu systematycznie kontroluje pracę tych punktów, przeprowadza inspekcje, udziela porad i pomaga w rozwiązywaniu trudności. Na okres nasilonych robót polnych wiejski obwód lekarski przydziela, gdzie zachodzi tego potrzeba, swój personel, organizuje dodatkowe punkty lekarskie, słowem przybliża opiekę zdrowotną do pracujących mieszkańców wsi. Wiejski obwód lekarski udziela pomocy ambulatoryjnej i szpitalnej, przeprowadza szczepienia ochronne, prowadzi walkę z chorobami zakaźnymi, sprawdza czy na danym terenie wprowadzono w życie ogólne zarządzenia sanitarne, dotyczące zaopatrywania w wodę, budowy mieszkań i urządzeń sanitarno-higienicznych.



Przewożenie chorych samolotem.

W kołchozach ZSRR istnieje obecnie około 9.000 zakładów położniczych, liczących ogółem 25.000 łóżek. W najbliższym czasie każdy kołchoz będzie posiadał własny zakład położniczy.

Personel szpitali wiejskich, których liczba jest bardzo wysoka, składa się z lekarza chorób wewnętrznych, lekarza-pediatry, fizjologa, położnika i chirurga. Lekarze ci, wyjeżdżając często do wiejskich „punktów", stanowią znakomitą pomoc w pracy lekarza wiejskiego. Lekarze wiejscy, kierownicy „punktów" przechodzą również swego rodzaju specjalizację w klinikach miejskich, dzięki czemu uzyskują należyte przygotowanie do samodzielnej pracy z dala od świetnie wyposażonych zakładów leczniczych.

Radziecka służba zdrowia nie zaniedbuje mieszkańców odległych osiedli w błotnistych tundrach, na dalekiej północy, czy w trudno dostępnych stepach południa. Do dyspozycji tych obywateli stoją sanitarne stacje lotnicze, wyposażone w 200 samolotów. W 1949 roku samoloty sanitarne przeleciały łącznie około 300.000 godzin i przewiozły około 23.000 chorych, z których 18.000 wymagało bezwzględnie zabiegów operacyjnych. Ministerstwo Zdrowia ZSRR zamierza wkrótce regularnie wysyłać ekipy lekarzy-specjalistów do tych oddalonych miejscowości.

UZDROWISKA, SANATORIA, DOMY WYPOCZYNKOWE

Jak już wspomniano wyżej, 120 artykuł Konstytucji Stalinowskiej zapewnia ludności pracującej prawo do odpoczynku. Wszyscy pracownicy korzystają corocznie z płatnych urlopów, a nadto do ich dyspozycji stoją liczne domy wypoczynkowe, uzdrowiska i sanatoria. Obok dawnych carskich, wielkoksiążęcych, ziemiańskich i kapitalistycznych pałaców, dworów i will, przekształconych na domy wypoczynkowe, powstały nowe, wspaniałe, najnowocześniej urządzone stacje klimatyczne, sanatoria i uzdrowiska, wyposażone we wszystko co trzeba, aby zapewnić kuracjuszom pełnię odpoczynku dla restytucji sił i zdrowia.

Związek Radziecki posiada Państwowy Centralny Instytut Zdrojownictwa, 5 Instytutów Naukowo-Badawczych dla spraw zdrojownictwa podległych władzom centralnym oraz 11 instytutów zdrojownictwa w poszczególnych republikach związkowych, podległych władzom miejscowym. Instytuty te prowadzą studia nad zasobami uzdrowiskowymi kraju, nad mechanizmem działania zdrojowych środków leczniczych, oraz nad sposobami celowego i skutecznego ich wykorzystania. Badawcze prace z tej dziedziny doprowadziły do odkrycia mnóstwa nowych, bogatych źródeł i błot leczniczych oraz miejscowości klimatycznych, wywierających dobroczynny wpływ w wielu różnych schorzeniach. Tam też powstają nowe sanatoria i uzdrowiska. Porównajmy, jak bardzo wzro-

sła liczba łóżek w sanatoriach i uzdrowiskach: podczas gdy w roku 1913 istniało zaledwie 2000 łóżek, to w roku 1939 liczba ta wzrosła do 422.535, co umożliwiło przeprowadzenie kuracji około 6 milionom osób w ciągu jednego roku (1939).

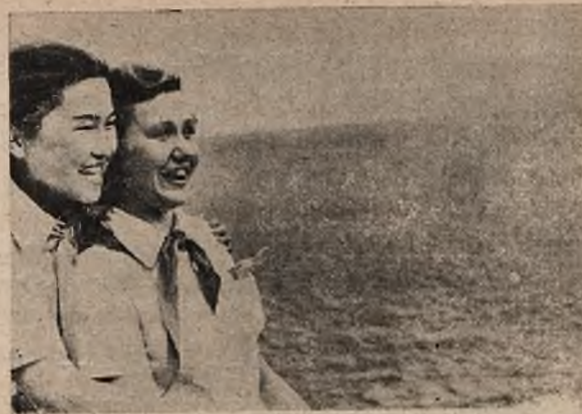
Każda dziedzina powszechnej ochrony zdrowia w Związku Radzieckim opiera się na stosowaniu jak najszerzej najnowszych zdobyczy medycyny. Wychodząc z tego założenia Ministerstwo Zdrowia ZSRR przeprowadza rozległą akcję szkoleniową, mającą na celu przygotowanie lekarzy w zakresie lecznictwa zdrojowego, aby pogłębić ich wiadomości i tym samym udoskonalić system kwalifikowania i kierowania chorych do odpowiednich uzdrowisk.

W uzdrowiskach i domach wypoczynkowych robotnicy i inni pracownicy — kuracjusze korzystają z opieki lekarskiej, z doskonałych warunków higienicznych, dobrego odżywiania i rozrywek kulturalnych, których wartość podnosi jeszcze piękne otoczenie — parki, plaże i zieleńce, starannie pielęgnowane przez zarządy tych miejscowości.

*

Ażeby właściwie ocenić osiągnięcia radzieckiej służby zdrowia trzeba obiektywnie przyjrzeć się wynikom jej prac. Otóż, znikły już zupełnie choroby niegdyś rozpanoszone — ospa, cholera, dżuma, wypadki duru plamistego zdarzają się tylko wyjątkowo i sporadycznie, śmiertelność wśród dzieci i niemowląt spadła zdumiewająco nisko. Już w roku 1926 obliczono, że przeciętna długość życia człowieka radzieckiego przesunęła się o 10 lat wzwyż, przeciętna waga poborowych do wojska podniosła się o 1 kg, a obwód klatki piersiowej wzrósł o 1 cm.

Państwo radzieckie postawiło sobie za cel i cel ten skutecznie realizuje — przede wszystkim *zapobiegać chorobom*, walczyć z nimi przez



Wszechzwiązkowy obóz pionierów „Artek" (Krym).

stworzenie takich warunków pracy i życia, aby pojawienie się chorób stało się niemożliwe.

Ustawowa ochrona pracy, racjonalne, naukowe urządzania i przebudowa miast i wsi, kontrola przemysłu żywnościowego i organizacja odżywiania społecznego, wspaniałe możliwości wypoczynkowe — oto są środki, które tłumią choroby w zarodku. Radziecki system ubezpieczeń społecznych zapewnia chorym zarówno leczenie, jak i zarobki na czas choroby. Ubezpieczenia państwowe obejmują wszystkich pracowników najemnych bez wyjątku i we wszystkich wypadkach niezdolności do pracy, jak choroba, kalectwo, ciąża, poród, inwalidztwo itp. — ubezpieczeni otrzymują zasiłki pieniężne.

Dodajmy jeszcze, do tego bardzo pobieżnego zarysu radzieckiej ochrony zdrowia nad człowiekiem pracującym, wspaniały rozwój opieki nad matką i dzieckiem, niezrównany rozkwit kultury fizycznej, ogromne osiągnięcia w dziedzinie gospodarki przemysłowej i rolnej i równolegle z tym rozwój oświaty i kultury, a jasne się stanie, że zdrowie obywatela radzieckiego opiera się na rzeczywistej, mocnej podstawie.

Wacław Lietz

Mgr MARIA SMOROŃSKA
Pielęgniarka Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie

ODDZIAŁ TERAPII ZAJĘCIOWEJ

Ze Szpitala Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie

PRACA daje ludziom utrzymanie, wiąże ludzi z sobą, wypełnia czas jednostkom, reguluje życie społeczne.

Ludzie nie pracujący — starcy lub tak bardzo chorzy, że nie mogą zupełnie pracować, wymagają odpowiednio rozbudowanej opieki i nakładu kosztów.

W naszym kraju praca jest naczelnym hasłem społeczeństwa, podstawą ustroju państwowego i miarą wartości człowieka.

Praca jest nie tylko obowiązkiem obywatelskim, lecz także dobrodziejstwem i radością.

Po wojnie świat stanął wobec trudnego do rozwiązania problemu zatrudnienia olbrzymiej rzeszy inwalidów, by nie stali się ciężarem dla innych. Rehabilitacja inwalidów, czyli przywrócenie zdolności do produktywnej pracy, dotyczy nie tylko ofiar wojny, lecz również, co jest niezmiernie ważne, ofiar wypadków przy pracy, katastrof ulicznych i takich schorzeń jak np. gruźlica kostno-stawowa, gościec (reumatyzm) i wiele innych.

Radziecki uczony, prof. Gryfik oblicza, że 95% inwalidów — jeśli się im stworzy odpowiednie warunki — jest zdolnych do pracy. Akcja rehabilitacyjna zatacza coraz szersze kręgi we wszystkich krajach. Wszędzie też powstają domy ozdrowieńców — ośrodki rehabilitacji.

TERAPIA PRACĄ

Od dawna już lecznictwo uważało pracę za czynnik niezmiernie dla chorego pożyteczny. Szczególnie szpitale i zakłady psychiatryczne szeroko rozwinęły dział leczenia pracą, dzięki czemu chorzy, pracując w polu, ogrodzie czy przy warsztacie, częściowo nawet sami się utrzymują. W szpitalnictwie ogólnym natomiast zajęcie chorego pracą traktowane jest raczej jako rozrywka dla ozdrowieńców, jako czynnik mający podnieść samopoczucie chorego, ustrzec od nudy szpitalnej, oderwać myśli od własnej choroby i zainteresować czymś innym. To jednak nie jest jeszcze terapia pracą. Taką samą rolę spełnia biblioteka szpitalna, zajęcia świetlicowe, a w sanatoriach dla dzieci — zajęcia szkolne.

Prawdziwe leczenie psychiki chorego, mające pomóc do uzdrowienia go, musi polegać na zatarciu u chorego poczucia niższości i zbędności. Daje to dopiero praca prawdziwa — praca produktywna. W Szwajcarii, chory cierpiący na gruźlicę kostną, leżący na łóżeczku gipsowym składa zegarki, aby jednak umożliwić — w pozycji leżącej — zajęcie wymagające tak wielkiej precyzji trzeba choremu dać odpowiednio urządzony warsztat.

Wprowadzenie do szpitali warsztatów tkackich i introligatorskich, początkowo celem zajęcia chorych i przywrócenia im wiary we własne siły, nasunęło myśl o wykorzystywaniu przez chorych czasu pobytu w zakładach leczniczych dla nauczenia się zawodu, przy czym lekarz miałby opiniować jaka praca jest dla danego chorego najodpowiedniejsza.

Zdajemy sobie sprawę, że na przykład niektórzy cierpiący na schorzenie serca mogą pracować produktywnie, jeśli porzucą swój męczący zawód i nauczą się innego fachu, mniej wyczerpującego fizycznie, pozwalającego na pracę w pozycji siedzącej i wymagającego mniejszej ilości ruchów.

Dziś, pracę w lecznictwie uważa się za pomoc w leczeniu nie tylko dlatego, że oddziaływa dodatnio na psychikę chorego i, że pozwala nauczyć chorego bardziej odpowiedniego fachu, lecz także dlatego, że wobec konieczności wykonywania szeregu określonych ruchów w każdym rodzaju pracy można to wykorzystać jako ćwiczenie, rodzaj masażu dla rozruszania mięśni, dla nadania sprawności poszczególnym częściom ciała. Tak pojęta praca zjawia się dosłownie jako terapia na terenie oddziałów ortopedycznych i reumatologicznych.

Pod fachową opieką wyszkolonego personelu chory ćwiczy mięśnie i stawy, a nadto wykonuje pracę twórczą, pracę pożyteczną, która przynosi korzyść jemu i innym.

W NASZYCH SZPITALACH

Na terenie Polski terapią zajęciową interesują się przede wszystkim zakłady psychiatryczne. Stopniowo zjawiają się również nowe warsztaty, jako wyraz nowego kierunku w lecznictwie i na innych działach szpitalnictwa. Prof. DEGA w Poznaniu i prof. GRUCA w Warszawie, kierownicy wielkich oddziałów ortopedycznych interesują się bardzo terapią zajęciową. Podobnie, w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie, prof. REICHER uruchamia terapię zajęciową na oddziale reumatologii. W sanatorium dla chorych na gruźlicę w Istebnej na Śląsku istnieje mała fabryka guzików. Bodaj najszerzej zorganizowany jest dział terapii zajęciowej w Szpitalu Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie. Powstał on już po wojnie na oddziałach: ortopedycznym i chirurgicznym.

Miarą rozszerzenia się i pogłębienia problemu rehabilitacji inwalidów w ogóle, jest tworzenie u nas poradni zawodowych oraz inwalidzkich ośrodków szkoleniowych, które powstają z ramienia Departamentu Spraw Inwalidzkich w Ministerstwie Pracy.

ODDZIAŁ TERAPII ZAJĘCIOWEJ W SZPITALU UBEZPIECZALNI SPOŁECZNEJ W WARSZAWIE

Oddział ten, pierwszy — jako wyodrębniona komórka — powstał w Warszawie po wojnie, w roku 1948, na oddziale ortopedycznym. Powstał za sprawą Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej. Prowadzi go instruktorka, specjalnie do tego celu przygotowana, która przeszła półroczny kurs szkoleniowy za granicą kształcąc się w zagadnieniach rehabilitacji i pedagogiki, oraz poznając poszczególne gałęzie przemysłu. W Polsce mamy zaledwie 2 instruktorki tego rodzaju. Ten dział terapii uruchomiono w sierpniu 1948 roku, przy wydatnej pomocy ordynatora oddziału ortopedycznego, dr OPACKIEGO. Sprzęt i całkowite wyposażenie są darem zagranicy dla Polski i składają się z 6 ręcznych warsztatów tkackich, sprzętu do koszykarstwa, introligatorstwa, do wyrobu galanterii skórzanej i do robót ręcznych.

Oddział otrzymuje przydziały materiału i artykułów pomocniczych, a częściowo także sam zakupuje potrzebne rzeczy za pieniądze uzyskane ze sprzedaży własnych wyrobów. Pierwszeństwo w nabywaniu wykonanych tam prac, za zwrotem kosztów surowca, mają chorzy, a następnie personel szpitala. Wyroby te cieszą się takim popytem, że prawie nigdy nie ma ich na składzie, ponieważ zawsze jest ich mało. Są po prostu rozchwytywane.



Pacjent po złamaniu prawego podudzia pracuje na nożnym warsztacie tkackim. WAF

Do bolączek oddziału należy to, że nie zawsze można dostać potrzebne do produkcji artykuły, a poza tym — *szczupłość miejsca* na oddziale chirurgicznym, gdzie się ten dział mieści. Jest to jeden pokój — magazyn i biuro — oraz dość duża wnęka korytarza, oddzielona odeń barierę, gdzie stoją warsztaty. Na razie wobec trudnych warunków lokalowych i wobec stałego przepełnienia oddziałów, szpital nie jest w stanie przeznaczyć dla działu terapii zajęciowej innego, większego i odpowiedniejszego pomieszczenia.

Niewątpliwą bolączkę stanowi również zbyt mały personel, stanowi go bowiem tylko jedna instruktorka, niestrudzenie zabiegająca o wszystko i pełna entuzjazmu dla swej pracy,

ob. Lachowicz, oraz jedna pielęgniarka, dodana instruktorce do pomocy dopiero w zimie bieżącego roku, ponieważ jej stan zdrowia nie pozwala na pełnienie dyżurów. Ta szczupła obsada dwoi się i troi, spotkać ją można na wszystkich piętrach i salach chorych. Poza godzinami przeznaczonymi na właściwe instruowanie, personel tego działu musi wykonywać różne prace organizacyjne, przygotowywać projekty, prace rozpoczęte — wykończać, prowadzić książki rachunkowe, załatwiać sprawy zakupu i przydziałów poprzez Wydział Wytwarzania Protez ZUSu.



Dla przywrócenia sprawności chorej kończynie, pacjent po złamaniu prawego ramienia pracuje na ręcznym warsztacie tkackim. WAF

Plany na przyszłość przewidują rozszerzenie tego działu przez uzyskanie większego lokalu i powiększenie ilości sprzętu (zwłaszcza dla ćwiczeń kończyn dolnych). Ostatnio, przysłane w darze tkackie warsztaty pedałowe musiano odesłać do Poznania, właśnie jedynie z braku miejsca na ich zainstalowanie!...

ORGANIZACJA PRACY DZIAŁU TERAPII ZAJĘCIOWEJ

Początkowo wyłącznie, a obecnie jeszcze w przeważającej mierze, terapia zajęciowa w naszym szpitalu miała charakter rozrywki. Chory przychodził do pracy bądź z własnej woli, bądź zachęcony przez instruktorkę. Pracował tyle ile chciał. Obecnie system uległ pewnej zmianie: zgłaszający się chory musi mieć skierowanie lekarza oddziałowego, w którym lekarz, zależnie od rodzaju schorzenia określa minimum pracy. Instruktorka stosownie do zainteresowań pacjenta dobiera mu odpowiedni rodzaj pracy, pożądany jako ćwiczenie w danym schorzeniu. Chorym leżącym przystawia się warsztaty do łóżek, chodzący zaś przychodzą do pracowni na kilka godzin. Praca nie odbywa się oczywiście w godzinach obchodu lekarskiego ani w porze wydawania posiłków. Oddział terapii zajęciowej dba o to, by nie utrudniać normalnego toku pracy szpitalnej.

ZAINTERESOWANIE PRACĄ I JEJ WPŁYW NA CHORYCH

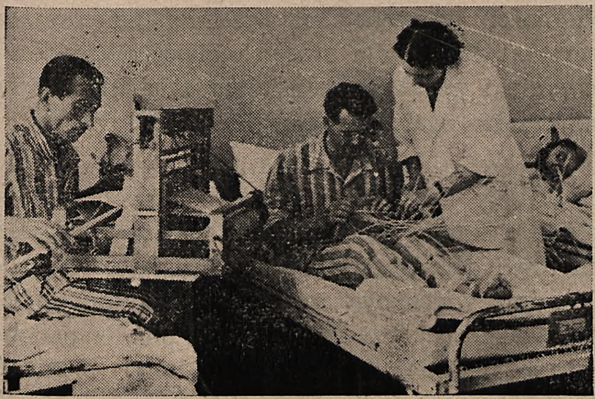
Zainteresowanie oddziałem terapii zajęciowej wśród chorych jest bardzo żywe. Chorzy nie dość, że chętnie pracują i uczą się, lecz nawet „pracują ponad normę", ponieważ przychodzą do sali warsztatów nawet poza godzinami zwykłych zajęć, bardzo często jeszcze po południu. Dla pacjentów zajęcie się pracą stanowi oderwanie się od przykrego, bądź co bądź, pobytu w szpitalu, niewątpliwe uspokojenie i odprężenie nerwowe.

Na wielu salach, zarówno męskich jak kobiecych, widać z jakim zapałem pacjenci pracują. Mężczyźni plotą koszyki, kobiety haftują, wszędzie — wydaje się — pełno porozstawianych przy łóżkach warsztatów tkackich. Monotonne zazwyczaj białe sale szpitalne zapełniają teraz barwne krosna, po których mniej lub więcej zręcznie migają czółenka, zamieniając salę chorych na maleńką, miniaturową „naszą Łódź na Solcu"...

Taka praca jest prawdziwym dobrodziejstwem dla chorych leżących nieraz po kilka miesięcy w łóżku. Praca umila im męczące leżenie, zapobiega załamaniu się psychicznemu, zaciekawia i wypełnia czas.

Prym w terapii pracą dzierżą oczywiście oddziały ortopedyczne, chociaż i oddziały chirurgiczne zostały włączone do tej akcji, wykorzystując na pracę okres rekonwalescencji. Także i interna zatrudnia swoich chroników. Ponieważ szpital wykazuje dużą przelotność chorych, przeto zasadniczym terenem pracy terapii zajęciowej jest z reguły ortopedia.

W Szpitalu na Solcu stosowana jest przede wszystkim terapia rozrywkowa, terapia czynnościowa wchodzi dopiero w okres swego rozwoju. Wprowadzenie ćwiczeń w postaci pracy rzemieślniczej, odpowiedniej dla wykorzystania ruchu poszczególnych kończyn, coraz częściej stosowane jest przez lekarzy. Ćwiczenia te pomagają choremu do szybszego ozdrowienia i przywracają utraconą zdolność do wykonywania ruchów.



Jeden z chorych pracuje na ręcznym warsztacie tkackim, drugi — uczy się wyplatać koszyki. WAF

ZWIĄZEK Z AKCJĄ SOCJALNĄ

Lekarze coraz więcej interesują się terapią zajęciową, dzięki czemu praca przestaje być w ich opinii jedynie konieczną chorym rozrywką. Jest to dziedzina nowa, z którą personel zarówno lekarski jak i pielęgniarski niewiele się jeszcze stykał. Ponieważ nie było dotychczas na terenie szpitala żadnej akcji uświadamiającej na ten temat, przeto dr ANYŻEWSKI, przodownik pracy, podjął się w ramach zobowiązań długofalowych uświadamiania chorych i personelu poprzez pogadanki o znaczeniu ruchów czynnych dla zwalczania poszczególnych schorzeń.

Dr Anyżewski również, w ramach czynu pierwszomajowego, przeprowadził pogadankę z zakresu rehabilitacji inwalidów. Staje się widoczne, że znajomość tej gałęzi wiedzy popularyzuje się na terenie szpitala i daje rezultaty w postaci coraz większej liczby chorych zgłaszających się chętnie do pracy.

UDZIAŁ CHORYCH

Aby lepiej naświetlić osiągnięcia tego nowego działu — oddziału terapii zajęciowej, należy przytoczyć kilka cyfr ze sprawozdania, ilustrującego pracę od września 1948 r. do stycznia 1950 r. Oddział obsługiwał początkowo 10—14 osób dziennie (dziś: 15—20). Z tej liczby 8—9 pacjentów pracowało w pracowni, a reszta na salach chorych. W omawianym terminie, na ogólną liczbę łóżek szpitalnych — 330 pracą zajmowało się 930 osób; miesięcznie wynosiło to początkowo 156 osób, obecnie zaś już ponad 300.

A może zaciekawi czytelnika jaki rodzaj pracy cieszył się największą frekwencją? Otóż w tym czasie oddział prowadził zasadniczo 5 rodzajów pracy: koszykarstwo, galanterię skórzaną, tkactwo, roboty ręczne i wyrób zabawek. Największą liczbę amatorów przyciągał dział galanterii skórzanej i tkactwa. Szczególnym powodzeniem cieszyło się wytłaczanie na skórze. Znalazł się nawet taki pacjent, który tak się w tej pracy rozmiłował, że po wyjściu ze szpitala zdecydował się zmienić swój fach.

W sprawozdaniu czytamy dalej, że w ciągu tego czasu wykończono: z zakresu galanterii skórzanej 77 przedmiotów, z koszykarstwa — 16, z robót ręcznych — 134, czyli razem 268 przedmiotów całkowicie wykończonych.

Plan dalszej pracy przewiduje rozwinięcie działu introligatorstwa i malarstwa oraz działu zabawek wycinanych z drzewa przy pomocy laubzegi.

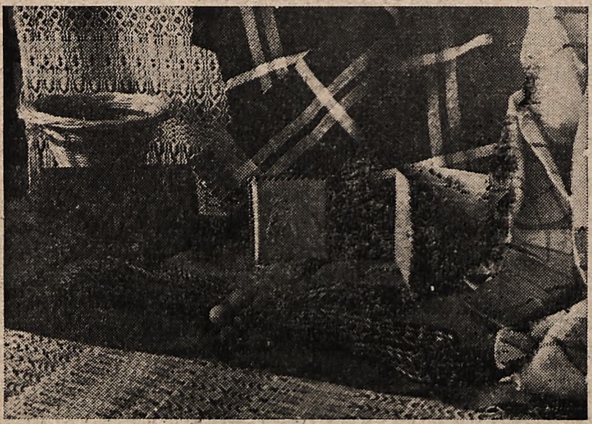


Wspólna nauka. Chorzy poznają tajemnice koszykarstwa. WAF

Chorzy nie otrzymują z tej nauki żadnego zaświadczenia, ponieważ zapoznają się z nią tylko praktycznie i kursu zawodowego nie przechodzą. Zajęcie dostosowane jest do ich możliwości fizycznych, dla każdego chorego indywidualnie. Jeżeli ktoś chce się kształcić dalej w danym zawodzie, to po wyjściu ze szpitala może nawiązać kontakt z poradnią zawodową lub ośrodkiem szkoleniowym.

PIELĘGNIARKI A TERAPIA PRACĄ

Udział nasz w tym nowym, tak bardzo dla chorych pożytecznym dziale jest... prawie żaden. Trzeba to niestety przyznać. Gdzież więc leży przyczyna takiego stanu rzeczy? Przede wszystkim — jak zawsze — brak czasu na oddziale, a nadto niedostateczna znajomość tego działu pracy. Taki stan jednak musi ulec zmianie.



Wystawa prac wykonanych przez pacjentów Oddziału Terapii Zajęciowej w Szpitalu Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie.

WAF

Nie każdy szpital może się zdobyć na własne warsztaty i wyszkolone instruktorki, każdy natomiast — musi mieć pielęgniarki. Obowiązkiem pielęgniarki jest znać wszystko, co choremu przynosi pożytek. Nie wolno więc nam rutynizować się, pracować „stąd — dotąd" i nic poza tym... Wszystko co ściśle wiąże się z dobrem chorego nie powinno być nam obce. W tych szpitalach, gdzie istnieje już zorganizowany dział terapii zajęciowej z fachową obsługą, możemy się dokształcać same, musimy się tym zainteresować, a nie przechodzić mimo kryjąc w sobie uczucie niezadowolenia, iż rozbija się ustalony porządek na sali chorych. Najważniejszy jest chory i jego potrzeby — nie zapominajmy o tym!

Tam natomiast, gdzie nie ma oddziału terapii zajęciowej i — być może — długo jeszcze nie będzie — ileż zdziałać może zapał i dobra wola pielęgniarki! Wiemy przecież, że w wielu szpitalach powstały biblioteki po prostu z niczego, tylko dzięki zapałowi pielęgniarek. Z pewnością niewiele więcej trudu kosztować będzie zdobycie pomocy i materiałów, potrzebnych do urządzenia bodaj skromnego działu terapii zajęciowej dla chorych. Należy do tej sprawy podchodzić jak do pracy społecznej, bo przecież rozumiemy dobrze jakim dobrodziejstwem dla chorego może stać się praca przyciągająca jego zainteresowanie. Taka praca stanowić będzie niewątpliwie radość życia, bo podniesie w chorym wiarę we własne siły, utwierdzi go w poczuciu własnej wartości, jako członka społeczeństwa, zdolnego do wykonania powierzonych sobie zadań.

Jestem przekonana, że pielęgniarka, która sama nauczy się tkactwa, zdobędzie pomimo trudności wcześniej czy później jeden mały warsztat tkacki dla swego oddziału. Zainteresowanie i zapał stwarzają cuda, z biernością zaś trzeba walczyć jak z najgorszym wrogiem.

„Nigdy dość pracy dla dobra chorego" — mawiała nasza stara instruktorka na oddziale chirurgii dziecięcej, gdzie wszystkie dzieci nosiły zimą włóczkowe serdaczki, zrobione przez nią własnoręcznie. Zastanówmy się ile podobnej, przydatnej oddziałowi pracy, wykonać mogą sami chorzy?

Współpraca pielęgniarki z akcją terapii zajęciowej na oddziale będzie oczywiście dość pobieżna, dyletancka, natomiast — moim zdaniem — powinna być włączona obowiązkowo do programu szkolenia pielęgniarek przyszpitalnych, jakie każdy szpital powinien mieć. (Szpital Ubezpieczalni na Solcu, w Warszawie, w chwili obecnej jeszcze pielęgniarki przyszpitalnej nie ma, natomiast funkcje jej pełnią kolejno, po miesiącu, po 2 pielęgniarki oddziałowe w ramach pracy w Lidze Kobiet).

Pielęgniarka przyszpitalna powinna wiedzieć jakie zajęcie projektuje sobie inwalida opuszczający szpital i jakie dla niego zajęcie uznał lekarz za najodpowiedniejsze; powinna więc skontaktować go z inwalidzkim ośrodkiem szkoleniowym, ułatwić znalezienie odpowiedniego zajęcia. Ułatwienie choremu życia poza szpitalem, to niezmiernie doniosły dział pracy pielęgniarki przyszpitalnej. Ona może wystarać się o konieczne choremu protezy, ona będzie się opiekować pacjentem, wypisanym ze szpitala, który, nauczywszy się tam jakiegoś zawodu, względnie nabrawszy zainteresowania zechce się nadal szkolić i pracować w danym fachu.

Dział terapii zajęciowej, pożyteczny i piękny, jest dla nas otwarty i czeka na nas!

Maria Smorońska

HALINA LEGUTKO

Wytyczne pracy pielęgniarki szkolnej

CIĄG DALSZY

MAJ — CZERWIEC

Szczepienia ochronne przeciwko ospie naturalnej

Szczepienia te wprowadzone w 1796 r. przez Jennera dają złagodzony przebieg choroby, po której wytwarza się zwykle odporność trwała. Nie wszyscy jednak uzyskują ją na całe życie po jednym szczepieniu, stąd szczepienia te powtarzamy w odstępach 5—7 letnich. Szczepienia są przymusowe, objęte ustawą z dn. 19 lipca 1919 r. (Dz. praw. Nr 63 poz. 372). Według tej ustawy kierownictwo szkoły powszechnej przy przyjmowaniu dzieci do klasy I powinno żądać od uczniów świadectwa pierwotnego szczepienia ospy.

W szkole przeprowadzamy powtórne szczepienie, czyli rewakcynacje dzieci klas pierwszych w terminie ogłoszonym przez plakaty urzędowe, zwykle w porze wiosennej w maju.

Nie poddamy rewakcynacji dzieci, które zostały zaszczepione w terminie jesiennym, wówczas gdy przy przeglądzie wstępnym stwierdziłyśmy brak znaku poszczepiennego lub gdy rodzice sami poddali dziecko powtórnemu szczepieniu przed wpisem do szkoły, nie wiedząc o jakie świadectwo chodzi.

Dalsza część ustawy mówi, że przy przyjmowaniu do szkół średnich, zawodowych itp. należy żądać od uczniów powtórnego szczepienia ospy. Wynika więc z ustawy, że zasadniczo dzieci podlegają dwukrotnemu szczepieniu ospy.

Szczepienie klas VII jest jeszcze jednym momentem dania dziecku możliwości zdobycia odporności, dlatego szczepienia tych klas przeprowadzamy w szkołach dodatkowo.

Przygotowanie dzieci do szczepienia

a) zapowiedzieć dzieciom o mającym odbyć się szczepieniu, przy czym wygłosić krótką pogadankę na temat: „Dlaczego szczepimy się przeciwko ospie?“

b) pouczyć dzieci o konieczności porządnego umycia się na ten dzień i zmiany bielizny,

c) polecić włożenie odpowiedniej sukienki, lub jasnej bluzki, które zdejmuje się łatwo oraz które chronią przed zanieczyszczeniem,

d) pouczyć dzieci jak należy zachować się po szczepieniu. (Nie drapać rany, bo można przenieść ospę do oczu lub na wargi sromowe; nie maczać ręki na przestrzeni okolicy szczepiennej; gdy ukaże się duży obrzęk i zaczerwienienie zrobić okład z kwaśnej wody pod ceratką). Gdy wystąpi podwyższona temperatura podać dzieciom do lat 7 — 1/4 tabletki aspiryny, starszym — 1 tabletkę.

Pomagając lekarzowi w czasie szczepienia uważamy, aby przygotować rączkę, na której nie ma śladów poszczepiennych (zwłaszcza u dziewczynek) celem uniknięcia kilku blizn na tym samym ramieniu.

W piątym, szóstym dniu sprawdzamy wyniki szczepień po czym wypisujemy świadectwa, które rozdajemy dzieciom, zapowiadając, aby ich nie pogubiły, bo mogą być potrzebne w innych szkołach.

Ważne jest przygotowanie spisu dzieci do szczepień oraz przechowywanie list w osobnych teczkach, aby w każdej chwili móc dziecku wydać świadectwo (duplikat), gdy je zagubi. Drugie listy wysyła się do odpowiedniego urzędu.

Prace związane z zakończeniem roku szkolnego

a) Uporządkowanie sprawozdań i zabezpieczenie ich na okres wakacyjny.

b) Zabezpieczenie apteczki szkolnej.

Obie te czynności robimy w porozumieniu z kierownictwem, ażeby w czasie naszej nieobecności, gdy zajdzie konieczność, rzeczy te mogły być odnalezione.

Walka z chorobami zakaźnymi

W walce z chorobami zakaźnymi w szkole niezbędne jest ścisłe stosowanie się do przepisów zapobiegawczych przeciw szerzeniu się chorób zakaźnych. Przepisy te obowiązują we wszystkich szkołach, a podane zostały przez Ministerstwo W.R. i O.P. i ogłoszone w Dzienniku Rozporządzeń Ministerstwa W.R. i O.P. z dn. 11 marca 1932 r. Z przepisami tymi winniśmy się zapoznać celem uświadomienia rodziców o środkach ostrożności na terenie domu. Ponadto przepisy winny być umieszczone w każdej szkole, aby dzieci również zapoznały się z nimi, tymbardziej że choroby zakaźne są częstym tematem pogadanek, zwłaszcza podczas jakiejś epidemii.

Odkażanie

Odkażania klas i ustępów (w przypadkach przewidzianych przepisami sanitarnymi) należy dokonywać najprostszym sposobem. Podłogi, ławki itp. powinny być szorowane 5% roztworem lizolu, a w braku tego — 5% mlekiem wapiennym. (Aby otrzymać mleko wapienne należy 1 kg chlorowanego wapna rozpuścić w 10 litrach wody i pozostawić rozczyn na 24 godziny. Chloro-wapno osiądzie na dnie, zlewając rozczyn otrzymamy 10% mleko wapienne. Celem otrzymania rozczynu 5% — bierzemy na kubeł wody ½ l wapna chlorowanego.

Jeżeli nie możemy zdobyć żadnego z wyżej wymienionych środków, stosujemy gorącą wodę z mydłem, sodą lub ługiem. Ściany i sufity bielimy wapnem. Książki i zeszyty, co do których jesteśmy pewne, że uległy zakażeniu zarazkami błonicy czy płonicy — lepiej spalić.

Sale szkolne należy dobrze wietrzyć przez kilka dni.

d. c. n.

Zarząd Główny Polskiego Czerwonego Krzyża, w dniu 30 czerwca br. przesłał do Wiceministra Zdrowia Dra Jerzego Sztachelskiego depeszę z następującym meldunkiem:

Do Obywatela Wiceministra Dra Jerzego Sztachelskiego
Ministerstwo Zdrowia
Warszawa

Zarząd Główny Polskiego Czerwonego Krzyża melduje Obywatelowi Ministrowi w dniu 30 czerwca o wykonaniu rocznego planu szkolenia Młodszych Pielęgniarek na rok 1950 na odcinku organizacyjnym, jak następuje:

odnośnie organizacji ogólnej liczby kursów plan wykonano w 110%,
odnośnie organizacji Ośrodków Szkolenia z internatem plan wykonano w 192,8%.

Zarząd Główny PCK

W odpowiedzi na powyższy meldunek Zarząd Główny PCK otrzymał od Wiceministra Dra J. Sztachelskiego depeszę następującej treści:

Do Zarządu Głównego
Polskiego Czerwonego Krzyża
Warszawa

W odpowiedzi na depeszę serdecznie gratuluję tak poważnych wyników w pracy w najważniejszej dziedzinie służby zdrowia, jaką jest kształcenie kadr.

Znaczne przekroczenie ilościowe planu na rok 1950 stawia przed nami dalsze zadania jeszcze większego wysiłku w kierunku podwyższenia poziomu tak sprawnie i szybko powołanych kursów kształcenia Młodszych Pielęgniarek.

Podsekretarz Stanu
Jerzy Sztachelski

JESZCZE ZE SZKOŁY PIELĘGNIARSTWA NR 3

PRZEMÓWIENIE DR A. FIDERKIEWICZA, PRZEWODNICZĄCEGO ZZPSZ, NA UROCZYSTOŚCI WRĘCZENIA DYPLOMÓW SZKOŁY PIELĘGNIARSTWA NR 3 W WARSZAWIE W DN. 19 MAJA 1950 R.

Fragmenty

Uroczystość dzisiejsza to wielkie święto dla tych, które przez 2½ roku zdobywały przygotowanie do pełnienia zaszczytnego zawodu jakim jest zawód pielęgniarki.

Dzień dzisiejszy jest również świętem dla tych, którzy zainicjowali szkołę, jako szkołę awansu społecznego, dla pracownic fizycznych w szpitalach.

Stało się to dzięki inicjatywie Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia oraz poparciu, z jakim się ona spotkała ze strony Ministerstwa Zdrowia".

„W samym zaczątku 6-letniego planu wy, absolwentki, wychodzicie jako nowe siły pielęgniarskie. Staniecie do pracy w szpitalach i ośrodkach zdrowia jako nowe kadry usprawniając wydajność swego zakładu.

Spodziewamy się, że staniecie do pracy z entuzjazmem, że będziecie świecić przykładem innym — sprawnością i sumiennością w wykonywaniu zawodu. Przeszłyście szkołę nowego typu i uczyłyście się nowego stylu pracy z głębokim zrozumieniem ważności waszej pracy, przygotowałyście się do wielkich zadań — opieki nad największym bogactwem tj. zdrowiem człowieka pracy.

Człowiek chory, cierpiący bywa często kapryśny i niesprawiedliwy w stosunku do pracownika, ale wy musicie sobie uprzytomnić, że kaprysy powodowane są nie złośliwością, ale pochodzą z cierpień chorego. Musicie być wyrozumiałe, bo nie tylko leki leczą, a leczy człowieka dobry stosunek do otoczenia, a przede wszystkim pielęgniarka, będąca najbliżej chorego.

Czeka was ogrom odpowiedzialnej pracy, jest was za mało, ale musicie nadrobić braki. Pamiętajcie, że Związek Radziecki miał te same trudności przed 30, czy nawet przed 20 laty, a dziś ma bodaj najlepszą służbę zdrowia w świecie dzięki wysiłkom szczupłych kadr, które potrafiły w ciężkich okresach nadrobić i wyrównać braki.

Jesteśmy przekonani, że doświadczenia pracowników służby zdrowia Związku Radzieckiego będą służyły wam jako przykład godny naśladowania.

Spodziewamy się, że w swoich zakładach pracy weźmiecie czynny udział w pracy związkowej, że staniecie w szeregach kół, jako czynne członkinie Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia, dbające o interesy współpracowników i potrzeby swojego zakładu pracy. Bierzcie udział w naradach produkcyjnych i współzawodnictwie.

Spodziewamy się, że weźmiecie czynny udział w pracy kulturalnej, oświatowej, samokształceniowej i że swoją aktywnością wykażecie, że rozumiecie swoją pracę jako wysiłek dla dobra Ojczyzny, dla ludu pracującego i że będzie to wasz wkład do budowy ustroju socjalistycznego w Polsce.

Musicie pracować zawodowo i społecznie. Nigdy nie narzekajcie, że ma cie jakieś trudności, starajcie się je usunąć. Wytwórzcie w sobie hart bolszewicki i nauczcie się przełamywać wszelkie opory, jakie stoją na waszej drodze. Walczcie z bumelanctwem, absencją i niechlujstwem w pracy. Zwalczajcie marudera jako swojego wroga, bo taki nierób bombluje kosztem waszej pracy.

Dobrze się stało, że została wydana ustawa z dn. 19 kwietnia 1950 r. o zabezpieczeniu socjalistycznej dyscypliny pracy, która od 17 maja 1950 r. kończy beztroskie łazikowanie i szkodnictwo gospodarcze. Wy, pielęgniarki, swoją wytężoną pracą powinnyście służyć przykładem w punktualności, sumienności i sprawności pracownikom mało świadomym i przez to podciągnąć ich na wyższy poziom.

W walce o pokój pielęgniarki powinny rozwinąć jak najszerszą kampanię. Dopóki trwa działalność podżegaczy wojennych w Ameryce, Anglii i krajach kapitalistycznych tak długo musi trwać walka o pokój, należy walkę tę prowadzić aż do zwycięstwa. Pamiętajcie, że zwycięstwo w walce o pokój, to potężny cios w samo serce podżegaczy wojennych.

Siły pokoju są o wiele większe od sił podżegaczy wojennych. O pokój walczą wszystkie państwa demokracji ludowej, Chiny Ludowe, narody kolonialne. Walka o pokój wre w państwach kapitalistycznych: we Francji, we Włoszech i innych, a nawet w samych gniazdach podżegaczy jak Stany Zjednoczone i Anglia siły pokoju obejmują szerokie masy robotnicze i świat naukowy. Kongres Sztokholmski uchwalił uznać za zbrodniarza wojennego każdy rząd, który by pierwszy zastosował broń atomową przeciwko jakiemukolwiek krajowi. Walczymy razem z Komitetem Obrońców Pokoju, chcemy pracować, nie chcemy wojny.

Na czele walki o pokój stoi nasz najbliższy i najserdeczniejszy przyjaciel, Związek Radziecki z wielkim Stalinem na czele.

Chcemy widzieć w was awangardę nie tylko w pracy zawodowej, ale i społecznej. Nie powinno być żadnej akcji, w której by pielęgniarki nie brały żywego udziału.

Jesteśmy dumni z Was, że potrafiłyście w 2½ roku zdać małą maturę i ukończyć szkołę pielęgniarstwa. Jesteśmy pewni, że nie omieszkacie na swoim odcinku pracy przysłużyć się narodowi, że weźmiecie pełny udział w wykonaniu planu 6-letniego, a przez to w rozwoju państwa ludowego, budującego lepsze jutro i socjalizm.

Siła Polski opiera się na głębokim patriotyzmie i prawdziwej demokracji, w której nie może być wyzyskiwaczy i wyzyskiwanych. Siła Polski — to my wszyscy ludzie pracy, pracujący pod przewodnictwem awangardy i przywódcy klasy robotniczej — Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej z Jej Przewodniczącym, Bolesławem Bierutem na czele".



Pierwszy zespół uczennic Państwowej Szkoły Pielęgniarstwa nr 3 w Warszawie.

Państwowa Szkoła Instruktorek Pielęgniarstwa w Warszawie przy ul. Dworskiej Nr 17, otrzymała z Centralnej Wojewódzkiej Poradni Ochrony Macierzyństwa i Zdrowia Dziecka w Pruszkowie następujące podziękowanie:

Centralna Wojewódzka Poradnia Macierzyństwa i Zdrowia Dziecka składa podziękowanie Dyrekcji Państwowej Szkoły Instruktorek Pielęgniarstwa, Kierowniczce Gospodarczej i słuchaczkom za okazaną pomoc w zorganizowaniu kursu przeszkoleniowego dla pielęgniarek i urządzeniu ciekawych pokazów praktycznych w dn. 20 maja rb., a także podwieczorku dla uczennic.

Dyrektor Poradni

KOLEŻANKI!

Nadsyłajcie do Kroniki wiadomości z terenu Waszej pracy



Dnia 2 maja 1950 r. odbyła się w Warszawie uroczystość zakończenia pierwszego Kursu w Ośr. Szkoleniowym Pielęgniarek P.C.K.

Do egzaminu końcowego przystąpiło 46 słuchaczek.

Wszystkie absolwentki, podpisawszy uprzednio zobowiązania, zostały zatrudnione w Państwowych Gospodarstwach Rolnych.

Świadectwo ukończenia kursu otrzymały:

Błasiak Władysława
Cieśla Zofia
Chomiuk Maria
Domańska Jadwiga
Dutkiewicz Irena
Drążek Halina
Filipek Janina
Grzywacz Zofia
Głuchowska Irena
Gnich Stanisława
Gucwa Michalina
Kowal Irena
Krauze Irena
Łysik Sabina
Machura Krystyna
Makus Halina
Malinowska Jadwiga
Molak Celina
Mleczkowska Zofia
Miłkowska Wanda
Mularz Janina
Nieścier Leonarda
Odziemczyk Maria
Piątkowska Krystyna
Rokosz Władysława
Romaniuk Halina
Romanowska Helena
Samoszuk Krystyna
Sobol Maria
Sypek Stanisława
Stasiak Zofia
Suchorska Janina
Szypulska Maria
Szadkowska Wiesława
Szerszenowska Maria
Tarasewicz Eugenia
Tokarska Lidia
Wojdyga Felicja
Wojnarowicz Gustawa
Węglarz Janina
Zawistowska Maria



Absolwentki I Kursu Młodszych Pielęgniarek w Giżycku (15. XII 1949 r. — 15. VI 1950 r.)
Foto — L. Prolejko

KRONIKA

Obrady plenarne Zarządu Głównego Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia.

W czerwcu rb. obradował Zarząd Główny Zw. Zaw. Pr. Sł. Zdr. w obecności delegatów terenowych i przodowników pracy.

Obrady odbywały się w związku z IV Plenum K.C PZPR i IV Plenum CRZZ.

W Prezydium Zjazdu zasiedli m. i. Wiceministrowie Zdrowia: dr J. Sztachelski i dr B. Kożusznik, przedstawiciele poszczególnych instytucji oraz przodownicy pracy.

Przewodniczący Zarządu Głównego, dr A. Fiderkiewicz wygłosił półtoragodzinny referat na temat wychowania kadr związkowych i usprawnienia pracy w służbie zdrowia. Powiedział on m. i.:

„Musimy zdać sobie sprawę z tego, że od sprawnej i dobrej pomocy lekarskiej dla świata pracy zależy w dużym stopniu wykonanie 6-letniego Planu Narodowego, który jest podstawą budowy socjalizmu i dobrobytu klasy pracującej w Polsce".

Wiceminister dr J. Sztachelski omówił równoległe do przemian w skali ogólno-państwowej przemiany zachodzące w służbie zdrowia, a przeprowadzane w oparciu o bogate doświadczenia Związku Radzieckiego.

W obradach zwrócono uwagę na wysuwanie spośród dołowych pracowników służby zdrowia elementów odznaczających się w pracy terenowej — na wyższe stanowiska.

W dyskusji zabierało głos przeszło 30 mówców, omawiając osiągnięcia i trudności pracy terenowej oraz konieczność ściślejszego jej powiązania z zagadnieniami związkowymi.

Uroczystą chwilę obrad stanowiło wręczenie Sztandaru Przechodniego Współzawodnictwa Pracy; sztandar ten oraz 200.000 zł nagrody zdobył Szpital Miejski Nr 1 w Białymstoku; II nagrodę w sumie 200.000 zł otrzymał Szpital Zakaźny Nr 1 w Warszawie; III nagrodę — w tej samej wysokości zdobył Szpital Miejski w Toruniu.

Dr Fiderkiewicz wręczając sztandar powiedział, że sztandar ten jest doniosłym wyrazem zrozumienia socjalistycznego budownictwa w Polsce Ludowej. Odpowiadając na przemówienie, ob. Mieczysława Mitejtyn-Nowacka wyraziła radość ze zdobycia sztandaru przez Białystok i zapewniła zebranych, że szpital będzie pracował z jeszcze większym wysiłkiem, aby utrzymać to przodujące miejsce, inne zaś zakłady pracy z tym większym zapałem przystąpią do szlachetnego współzawodnictwa pracy.